

Identificación del cliente: _____

Complete este formulario escribiendo su respuesta o marcando el casillero que corresponda.
Toda la información es CONFIDENCIAL y nos ayudará a satisfacer sus necesidades.

1. ¿Con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales durante toda su vida? Si responde (cero), prosiga con la pregunta N° 10.
 0 1-5 6-10 11-20 20+
2. ¿Con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses? _____
3. Mis parejas sexuales son (marque todas las que correspondan):
 Hombres Mujeres Ambos
4. ¿Practica usted:
 sexo anal? SÍ NO
 sexo oral? SÍ NO
 sexo vaginal? SÍ NO
5. Cuando tiene relaciones sexuales, ¿usa condones u otros métodos para protegerse?
 Siempre La mayoría de las veces No muy frecuentemente Nunca
6. ¿Alguna vez pagó para tener relaciones sexuales o tuvo relaciones sexuales a cambio de drogas, alimentos, ropa, etc.? SÍ NO
7. ¿Alguna vez tuvo relaciones sexuales bajo la influencia de drogas o alcohol? SÍ NO
8. ¿Alguna vez tuvo relaciones sexuales con personas infectadas con: (marque todas las que correspondan)
 Hepatitis B Hepatitis C VIH/ SIDA ETS No sé
9. ¿Alguna vez tuvo relaciones sexuales con alguna persona que se inyectaba drogas? SÍ NO No sé
- 9b. Si responde SÍ a esta pregunta, ¿esta persona es (Marque todas las que correspondan)
 su compañero sexual actual? un compañero sexual del pasado?
10. Marque las enfermedades o síntomas que haya presentado: (marque todas las que correspondan)
 Sífilis Verrugas genitales/ sexuales Gonorrea (purgaciones) Herpes VIH
 Clamidia Tricomonas Hepatitis A Hepatitis B Hepatitis C
 Mujeres – infección de trompas/ útero (EPI) Hombres- ardor o secreción del pene (distintos de gonorrea o clamidia)
11. ¿Alguna vez consumió drogas que no se inyectan, como marihuana? SÍ NO
12. ¿Alguna vez se inyectó drogas? SÍ NO
- 12b. Si responde SÍ a esta pregunta, ¿Alguna vez compartió agujas, jeringas u otros dispositivos? SÍ NO
13. ¿Alguna vez ha aspirado alguna droga (por ejemplo cocaína, "speed", heroína, éxtasis, metanfetamina)? SÍ NO
- 13b. Si responde SÍ a esta pregunta, ¿compartió cánulas? SÍ NO
14. ¿Su madre estaba infectada con hepatitis B cuando usted nació? SÍ NO No sé
15. ¿Alguna vez ha vivido en la misma casa que una persona con hepatitis B? SÍ NO No sé
16. ¿Alguna vez estuvo en la cárcel, prisión u otro centro de detención? SÍ NO
17. ¿Le hicieron alguna transfusión de sangre antes de 1992? SÍ NO No sé
18. ¿Alguna vez se hizo un tatuaje? SÍ NO
19. ¿Alguna vez le hicieron alguna perforación para pendientes o argollas (además de en las orejas)? SÍ NO
20. ¿Alguna vez le hicieron un análisis de VIH? SÍ NO
21. ¿Alguna vez le aplicaron alguna de las siguientes vacunas? (marque todas las que correspondan)
 Hepatitis A Hepatitis B Hepatitis A y B (TWINRIX) No sé

No deseo contestar las preguntas anteriores, pero deseo vacunarme contra:

- Hepatitis A Hepatitis B Ambas